

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

763

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri WIEDERKEHR

né le 24 octobre 1910 à Albertville (Savoie)

CONTRIBUTION

à l'Étude des Répercussions

DE LA

Septicité Bucco-Dentaire

SUR LA

PUERPÉRALITÉ

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE ANDRÉ LESOT

10, RUE DE L'ÉPERON, 10

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri WIEDERKEHR

né le 24 octobre 1910 à Albertville (Savoie)

CONTRIBUTION

à l'Étude des Répercussions

DE LA

Septicité Bucco-Dentaire

SUR LA

PUERPÉRALITÉ

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE ANDRÉ LESOT

10, RUE DE L'ÉPERON, 10

1934

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN..... ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie...	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance. ...	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala-	
dies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili-	
tiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux...	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
BÉNARD (Henri). — Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne). — Pathologie médicale.
BOULIN. — Pathologie médicale.
BULLIARD. — Histologie.
CATHALA. — Pathologie médicale.
CHEVALLIER. — Pathologie médicale.
DOGNON. — Physique.
FEY. — Urologie.
GALLIARD. — Parasitologie.
GASTINEL. — Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. — Pathologie chirurgicale.
GAYET. — Physiologie.
GIROUD. — Histologie.
HAGUENAU. — Pathologie médicale.
HALPHEN. — Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD. — Pharmacologie.
HUGUENIN. — Anatomie pathologique.
JOANNON. — Hygiène.
LABBÉ (Henri). — Chimie biologique.
LACOMME. — Obstétrique.
LANTUÉJOUL. — Obstétrique.

MM.
LAROCHE (Guy). — Pathologie médicale.
LEMAIRE. — Pathologie expérimentale.
LEVEUF. — Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY. — Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. — Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU. — Pathologie médicale.
MOULONGUET. — Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN. — Pathologie médicale.
OBERLING. — Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. — Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE. — Médecine légale.
PORTES. — Obstétrique.
RICHET. — Physiologie.
SANNIÉ. — Chimie biologique.
SÈNEQUE. — Pathologie chirurgicale.
TROISIER. — Pathologie expérimentale.
TURPIN. — Pathologie médicale.
VIGNES. — Obstétrique.
WILMOTH. — Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
ALGLAVE. — Pathologie chirurgicale.
BUSQUET. — Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. — Physiologie

MM.
LEROUX. — Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. — Parasitologie.
ZIMMERN. — Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE a titre permanent.

MM.
ABRAMI.....
ALAJOUANINE.....
AUBERTIN.....
BRULÉ.....
CHABROL.....
CHIRAY.....
DONZELOT.....
DUVOIR.....
HARVIER.....
LIAN.....
PASTEUR-VALÉRY-RADOT.....
SÉZARY.....

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.....
BROCO.....
CADENAT.....
GATELLIER.....
HEITZ-BOYER.....
MOCQUOT.....
MOURE.....
QUENU.....
SCHWARTZ.....
VELTER.....

Clinique
chirurgicale.

MM.
ECALLE.....
GUÉNIOT.....
LE LORIER.....
LÉVY-SOLAL.....
METZGER.....

Clinique obstétricale.

MM. V. — CHARGÉS DE COURS
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Éducation physique.
LEDoux-LEBARD..... Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction Publique,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Accoucheur des Hôpitaux.*

En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A M. LE DOCTEUR LANTUÉJOUL

Agrégé.

Accoucheur des Hôpitaux.

Il nous a prodigué ses conseils dans l'accomplissement de ce travail. Qu'il veuille bien croire à toute notre gratitude.

A M. LE DOCTEUR DECHAUME

Stomatologiste des Hopitaux.

Professeur à l'Ecole française de Stomatologie.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, guidé dans son élaboration. Nous n'oublierons jamais tous les titres qu'il a à notre reconnaissance. Qu'il veuille bien agréer le témoignage de notre respectueuse amitié.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

M. LE PROFESSEUR GOSSET.

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON.

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE.

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.

M. LE DOCTEUR CATHALA.

M. LE DOCTEUR LENNÉ.

M. LE DOCTEUR MAHÉ.

M. LE DOCTEUR LACRONIQUE.

M. LE DOCTEUR DECHAUME.

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte, au début de ce travail, de remercier le Docteur CATHALA, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu faciliter nos recherches en nous accueillant dans son service.

Nos remerciements vont également au Docteur MAHÉ, Stomatologiste de l'hôpital Saint-Louis, qui, au cours de l'année que nous avons passée dans son service, n'a cessé de nous donner des marques de sa bienveillance.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES RÉPERCUSSIONS
DE LA
SEPTICITÉ BUCCO = DENTAIRE
sur la PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

Ayant eu bien souvent, au cours de nos différents stages hospitaliers, l'occasion d'observer l'état déplorable de septicité dans lequel se trouvait la bouche des femmes enceintes, et le peu d'attention que l'on y apportait trop souvent dans certains milieux, il nous a paru intéressant de montrer qu'il était du devoir de l'accoucheur de ne pas permettre à une femme enceinte d'aborder la maternité, sans lui avoir fait subir un examen et un traitement stomatologique rigoureux. Il lui évitera ainsi les risques graves qu'elle n'aurait pas manqué de courir sans cette mesure prophylactique qui est du reste appliquée, avec succès, dans la plupart des autres branches de la médecine. C'est ainsi que, dans plusieurs services de chirurgie, on fait subir à chaque malade, avant l'intervention, une mise de la bouche en état.

Les rapports de la Stomatologie et de l'Obstétrique peuvent se diviser en 3 chapitres :

1^o Retentissement de la grossesse sur l'état de la bouche.

2^o Répercussion de la septicité buccale sur la puerpéralité.

3^o Action de l'infection dentaire maternelle sur le nourrisson.

L'étendue de la question ne nous permettra d'envisager ici que la répercussion de la septicité bucco-dentaire (tant celle de la femme enceinte que celle de l'accoucheur) sur la grossesse et les suites de couches.

Remarquons que l'on avait jusqu'alors surtout insisté sur cet autre aspect du problème : La Répercussion de la grossesse sur l'état de la bouche. Il est évident, en effet, que la fréquence et la netteté des accidents qui s'y rapportent ne devaient pas manquer d'attirer l'attention des stomatologistes et c'est là ce qui explique que ces faits soient mieux connus que ceux que nous allons étudier. Il n'en reste pas moins que le chapitre sur lequel nous porterons notre attention est sans doute le plus important et le plus intéressant pour l'accoucheur, en raison de la gravité des accidents qui y sont traités et de l'urgence des mesures prophylactiques qu'il convient d'en déduire.

Il est bien évident que toutes les remarques que nous allons faire, s'appliquent également aux affections rhinopharyngées et aux foyers d'infection de quelque localisation qu'ils soient. Si nous avons basé notre argumentation sur des faits stomatologiques et si nous l'avons illustrée de ces observations, c'est que cette spécialité nous paraissait celle dont le rôle était le moins bien mis en évidence.

Nous nous proposons donc d'étudier successivement : les foyers d'infection et leur bactériologie, la pathogénie de ces accidents.

Les trois chapitres suivants nous permettront d'exposer

la répercussion de la septicité bucco-dentaire sur l'état général de la femme enceinte, sur la grossesse elle-même et sur les suites de couches. Nous terminerons alors cette étude par une discussion sur l'opportunité d'une intervention stomatologique chez la femme enceinte et nous en dégagerons les conclusions médico-légales qu'il convient d'en tirer.

Historique

Sujet relativement récent, la répercussion de la septicité buccale sur la puerpéralité a été l'une des dernières localisations étudiées dans l'immense chapitre des infections focales.

En 1907 cependant, J. Tellier, étudiant les rapports de la stomatologie et de l'obstétrique, signale cet aspect du problème ; mais il s'attache surtout à la répercussion de la grossesse sur les lésions bucco-dentaires.

A l'étranger, plusieurs auteurs publient des observations qui attirent l'attention des stomatologistes sur ce sujet. Citons, entre autres, Talbot, Curtis, Nickel et Mussey.

Dans l'Année Obstétricale de 1926, H. Vignes réunit tous ces faits, puis, l'année suivante, y rattache une observation personnelle.

Mais, c'est surtout le Congrès de Venise en 1930 qui met cette question à l'ordre du jour. P. Brooke Bland et A. First y présentent leur travail très documenté sur les « Rapports de la Stomatologie et de l'Obstétrique ».

L'année suivante, paraît l'étude de A. M. Popoviciu : « Influence des états physiopathologiques de la femme sur les altérations bucco-dentaires ».

En 1932, un accoucheur américain F. Weintraub rappelle à ses confrères la nécessité d'un traitement stomatologique prophylactique, au début de la grossesse.

Enfin, en 1933, MM. Lantuéjoul et Dechaume regroupent tous les articles antérieurs et y ajoutent des observations et remarques personnelles.

Foyers d'infection

Négligeant les états inflammatoires graves de la région buccale et péri-buccale (adénites, phlegmons, ostéites, stomatites graves, etc...), ainsi que les tumeurs qui font toujours courir à la patiente les mêmes risques, quelle que soit leur localisation, nous nous attacherons plus spécialement à l'étude des lésions dentaires banales, torpides ; nous envisagerons donc successivement : la carie, les foyers périapicaux et les lésions gingivales.

La fréquence des sources d'infection buccale chez la femme enceinte est un point trop souvent observé pour qu'il nous soit nécessaire de nous y arrêter longuement. Nous n'empièterons donc que très rapidement sur le chapitre du retentissement de la grossesse sur l'état de la bouche, pour rappeler à quel point les lésions antérieures sont aggravées du fait de la grossesse et combien sont nombreuses les femmes qui font remonter l'origine de leurs caries aux premiers mois de leur gestation. Les gingivites elles-mêmes sont à ce point courantes, que certains stomatologistes (Tellier) ont pu en faire un signe de présomption de la grossesse.

Voici du reste quelques chiffres qui sont suffisamment éloquents par eux-mêmes :

Du Dr Lemeland : sur 62 observations :

Dentition saine complète : 0.

Bouche proprement entretenue : 5 %.

Du Dr Dechaume : Sur 154 observations :

31 bouches sont à peu près saines.

87 des autres patientes (soit 58%) présentent des lésions gingivales.

Nos observations portent sur 264 cas de femmes enceintes prises au hasard de la consultation de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis.

Voici quelles en sont les conclusions :

Dents absentes 20% (la prothèse, fixe ou mobile, ramène ce chiffre à 17 %).

Caries importantes 16 %.

Gingivites 56%.

Le nombre des bouches qui pouvaient être considérées comme saines n'atteignait pas 10%.

Le problème de l'importance relative de ces lésions, se pose aujourd'hui d'une façon toute différente de celle sous laquelle on avait coutume de l'envisager jusqu'alors. En effet, sous l'impulsion des travaux anglo-saxons, auxquels il convient d'ailleurs de rendre un juste hommage, l'attention des chercheurs, influencée par le terme d'infection focale, s'était surtout portée sur la lésion périapicale ou même sur les extrémités des canaux dentaires imparfaitement obturés et considérés par suite comme réceptacle microbien. Mais, si Tellier, puis Lébedinsky avaient déjà montré les fâcheuses répercussions de la pyorrhée alvéolo-dentaire, MM. Grandclande et Lesbre ont eu le mérite d'insister sur le fait que la part qui revient aux lésions gingivales dépasse largement le cadre de la pyorrhée.

Etudions donc successivement chacune de ces sources d'infection.

Carie. — La carie nous intéresse à plusieurs titres. Nous n'attacherons que peu d'importance à son rôle dans l'accrois-

sement direct et dans l'exaltation de la flore microbienne. Il ne s'agit pas ici en effet d'agents pathogènes redoutables du point de vue général : ils ne sauraient jouer qu'un bien faible rôle dans les accidents qui nous occupent. Bien au contraire, considérée en tant que cavité, réceptacle des aliments qui forment un milieu de culture idéal pour les microbes les plus variés, elle doit être tenue pour une source assez fréquente d'infection. Notons enfin qu'elle prépare la voie à la périapexite suppurée.

Périapexite. — Celle-ci nous met en présence d'une suppuration permanente généralement entretenue par un granulome infecté et qui ne cessera qu'avec l'élimination complète des débris paradentaires, sous réserve toutefois que cette infection chronique n'ait pas produit de lésions osseuses. Il en résultera deux dangers pour l'organisme : au début le passage direct des microbes dans le courant sanguin, plus tard, au stade de fistulisation, un ensemencement perpétuel du milieu buccal. Si la première de ces éventualités peut être tenue pour assez rare, nous verrons plus loin les troubles nombreux qui peuvent résulter de la déglutition constante de pus et le danger que fait courir à la patiente l'exaltation de virulence du milieu buccal.

Faut-il considérer comme l'ont fait certains auteurs qui se sont spécialement attachés à la question de l'infection focale, que le stomatologiste ne peut jamais assurer une désinfection absolue des racines et que l'extrémité de celles-ci est une source d'infection toujours redoutable ? Ce point de vue les a conduits logiquement à l'extraction de toutes les dents suspectes. La réaction qui a suivi l'application de cette méthode en a montré l'exagération. Le praticien n'a en effet qu'à envisager les services rendus journellement à sa clientèle, tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique, par les soins courants, pour

rejeter sans hésitation les risques incertains que courrait une partie infime de sa clientèle. Aussi ne s'agit alors que de cas d'exception dans lesquels un examen clinique rigoureux justifiant des recherches de laboratoire approfondies, créerait une présomption suffisante sur le rapport de cause à effet qui unit les deux infections.

Lésions gingivales. — Outre la simple congestion gingivale qui peut être tenue pour un symptôme presque constant de la grossesse, il est fréquent d'observer chez la femme enceinte des lésions gingivales qui, pour être importantes, n'en sont pas moins souvent considérées comme négligeables par la patiente et même par l'accoucheur, car les signes cliniques en sont presque toujours réduits. Elles nous apparaissent cependant comme bien plus dangereuses que les caries, non seulement parce qu'elles offrent une communication large avec le milieu buccal, mais encore par suite des rapports étroits qui unissent les clapiers pyorrhéiques avec les milieux sanguins d'une gencive congestionnée.

Il nous paraît, de plus, important d'attirer l'attention des praticiens sur ce fait que les lésions gingivales ne consistent pas seulement dans les cas classés sous le nom de pyorrhée, mais que l'on doit traiter toutes les gingivites tant diffuses que localisées, soit en regard d'une racine, soit au niveau d'un capuchon de dent de sagesse. Cette lésion est particulièrement fréquente étant donné l'âge moyen des femmes enceintes, et n'attire pas toujours l'attention parce que la patiente n'en souffre pas. Elle n'en est pas moins souvent en cause dans la septicémie et à ce sujet nous nous contenterons de rappeler l'observation rapportée par les D^{rs} Lardennois et Leclercq, observation qui concernait une patiente atteinte d'une septicémie et d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius,

dont la seule origine décelable fut un capot muqueux de dent de sagesse inférieure droite en malposition.

Bactériologie.

Examinons rapidement quelles sont les principales caractéristiques bactériologiques de ces trois manifestations cliniques. Nous croyons préférable de les envisager en groupe afin d'étudier ainsi la bouche entière comme foyer d'infection. Il nous semble, du reste, inutile de nous attarder longuement sur l'énumération des microbes qui peuvent être en cause, car chacun connaît la diversité de la flore buccale. Il ressort de l'examen bactériologique des lésions qui nous intéressent, l'importance primordiale du groupe streptococque. C'est donc à lui seul que nous nous arrêterons, d'autant que c'est encore lui que l'on rencontre dans l'immense majorité des accidents obstétricaux qui nous occupent.

Nous nous heurtons ici à une difficulté importante. Le streptococque, malgré les nombreuses études qu'il a suscitées est encore presque un inconnu. Il serait en particulier du plus haut intérêt, lorsqu'on se trouve en présence d'un streptococque, de savoir s'il est pathogène ou s'il n'est qu'un simple saprophyte. Or, cette discrimination est à l'heure actuelle impossible et il est, d'autre part, très difficile d'affirmer l'identité de deux streptocoques prélevés en des points différents de l'organisme.

C'est là, à notre avis, une des raisons pour lesquelles les observations probantes des accidents obstétricaux d'origine dentaire sont rares, l'observateur ayant dû se borner à des probabilités qui n'étaient pas suffisantes pour permettre une publication.

Bien que le streptococque soit un hôte banal de la cavité

buccale, il est évident qu'un traitement stomatologique diminue considérablement la septicité bucco-dentaire. Il est facile de se rendre compte, en effet, qu'à la faveur des différentes lésions étudiées plus haut, le nombre et la virulence des streptocoques se trouvent considérablement accrus, et, partant, les risques d'infection augmentés.

Nous verrons du reste dans le chapitre suivant, l'expérience confirmer ces notions.

Pathogénie

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre la pyophagie, la voie lymphatique, la voie sanguine, la contamination manuelle, la voie hétérogène.

Pyophagie. — Nous ne ferons pour l'instant, que citer la déglutition perpétuelle de pus, entraînée par des foyers buccaux d'infection chronique, nous réservant d'étudier plus tard les troubles manifestes qu'entraîne la pyophagie pour l'état général de la femme enceinte. Cette voie est trop évidente pour qu'il nous soit nécessaire de nous y arrêter ici.

Voie lymphatique. — La voie lymphatique ne nous intéresse guère, car si l'on peut la rendre responsable, de la plupart des adénites, il ne semble pas que l'infection buccodentaire soit susceptible de lui faire dépasser ces limites. Aussi son seul mode d'action sera-t-il la fâcheuse répercussion de la suppuration ganglionnaire sur l'état général de la patiente.

Voie sanguine. — Nous nous arrêterons par contre beaucoup plus longuement à la voie sanguine. Nous nous attacherons, tout d'abord, à mettre en évidence sa possibilité, puis nous rapporterons les travaux expérimentaux que le Dr Antoniotti a fait à ce sujet ; enfin, dans un autre chapitre, nous fournirons les observations cliniques et bactériologiques qui nous permettront de ne plus laisser aucun doute sur la

réalité du rôle encore si discuté de la voie sanguine dans les complications obstétricales d'origine bucco-dentaire.

En ce qui concerne notre argumentation, nous prendrons comme points de départ les deux faits suivants : d'une part, les observations de septicémie d'origine dentaire sont suffisamment nettes et assez nombreuses pour que la réalité ne puisse en être mise en doute. D'autre part, « des expériences montrent que si l'on provoque une septicémie et que si l'on traumatise un membre ou une articulation, l'infection vient se localiser dans la région traumatisée. Des bactériologistes tels que Vincent, Calmette, m'ont dit que ce mécanisme était parfaitement applicable à l'infection des suites de couches ». Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ces lignes extraites de l'article de MM. Brindeau et B. Vourkevitch dans lesquelles ces auteurs ont bien mis en évidence le danger présenté par la présence du streptocoque dans le pharynx des accouchées. Pourquoi alors ne pas redouter la même propagation et les mêmes complications d'une bouche dans laquelle la septicité est entretenue par des foyers infectieux multiples et chroniques. Si l'on se remémore les statistiques rapportées plus haut, n'est-on pas alors effrayé par le pourcentage de femmes, qui au cours de leur grossesse, risquent des accidents graves d'une façon continue, alors qu'une angine ne leur fait courir qu'un danger passager. Rappelons, d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Dechaume, la fréquence avec laquelle les accidents de dent de sagesse, se compliquent d'une angine.

Si maintenant, nous nous plaçons sur le terrain expérimental, ces hypothèses se trouvent confirmées par les remarquables travaux du Dr Antoniotti et ses observations sur le rôle de l'infection focale dans l'étiologie de certains avortements.

Ces expériences portent sur les granulomes d'une malade

qui avait présenté trois avortements. La technique employée fut la suivante : Lavages de bouche avec du sérum physiologique pendant 10 minutes. Isolement du champ opératoire à l'iode à 2%, puis à l'alcool à 90°.

Le granulome, une fois la dent extraite, est conservé dans le sérum jusqu'au moment de la culture qui se fait dans le liquide de Rosenow.

Tous les cobayes utilisés étaient gros de 40 jours environ. Différentes expériences montrèrent que le lieu le plus propice à l'inoculation était la partie inférieure de la ligne médiane du péritoine, et que, d'autre part, la dose bien tolérée de culture (24 heures) variait de 0 cc. 25 à 1 cc. 50.

On inocula aux trois premiers cobayes des cultures provenant des granulomes de la malade citée plus haut (il n'avait poussé que du strepto non hémolytique). Voici quels furent les résultats :

Cobaye 1. — Dose 1 cc. — 4 jours après, avortement de 2 fœtus morts chez lesquels on trouva du strepto non hémolytique. Le cobaye vit.

Cobaye 2. — Dose 1 cc. 1/2. — L'avortement survient 2 jours après : un fœtus est mort, l'autre vit quelques heures. Le cobaye meurt 16 jours après.

Cobaye 3. — Dose 1/2 cc. — Avortement en 8 jours, ce qui écarte complètement la possibilité d'un traumatisme (aigu), 3 fœtus morts chez lesquels on met en évidence le strepto non hémolytique.

Afin de bien montrer l'électivité de localisation des microbes en cause, le Dr Antoniotti utilisa des cultures obtenues dans les mêmes conditions, mais provenant d'un malade du sexe masculin. Deux cobayes reçurent respectivement des doses de 0 cc. 75 et de 1 cc. Tout se passa normalement, il n'y eut pas d'avortement.

Il revint alors aux cobayes 1 et 3 qui, trois mois après étaient de nouveau gros. Sans qu'aucune autre inoculation ne leur soit faite, tous deux avortèrent, le 1^{er} au 15^e jour, le 3^e au 35^e jour de leur grossesse. Les recherches bactériologiques dans les fœtus ne furent pas possibles, car les mères mangèrent les fœtus.

On voit donc qu'il serait difficile de mieux prouver, d'une part, l'électivité du streptocoque en cause pour l'utérus, et, d'autre part, la corrélation très nette qui existe entre la dose injectée et la rapidité de l'avortement.

Nous verrons plus loin dans l'étude clinique de nombreuses observations nous permettre de clore cette discussion et le laboratoire apporter souvent, autant qu'il peut le faire dans l'état actuel de nos connaissances, une preuve de plus à la réalité de ces faits.

Contamination manuelle. — Indépendamment des voies précédentes, il existe un mode d'infection qui, pour n'avoir pas encore été mis en évidence d'une façon absolue, n'en joue pas moins parfois un rôle certain. Nous voulons parler de l'apport de microbes effectué par la femme, au niveau des voies génitales, par l'intermédiaire de ses doigts souillés au contact d'une bouche infectée.

On connaît en effet le rôle des mains dans la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses. Il est maintenant prouvé que les affections streptococciques suivent parfois la même voie. C'est ainsi que R. Soto-Iribaran, rapporte dans sa thèse deux observations d'érysipèle du sein, recueillies dans le service du Dr Cathala, et survenues chez des femmes qui, toutes deux tiraient leur lait à la main. MM. Lantuéjoul et Dechaume commentant ces cas, attribuent une étiologie buccale, très probable, à l'un d'entre eux au moins.

La contamination des mains peut être réalisée soit par

la projection de particules salivaires qui les atteignent, soit par le geste si fréquent chez les parturientes et qui consiste à porter ses doigts au niveau de la bouche sous un prétexte quelconque. On connaît, d'autre part, les difficultés rencontrées par l'accoucheur pour empêcher la parturiente de porter ses mains à la vulve au cours du travail, geste qu'elle accomplit encore plus fréquemment lorsqu'elle se trouve seule.

Les recherches bactériologiques entreprises dans ce sens ont, du reste, prouvé la réalité de ce danger. Les mains des femmes dont la septicité bucco-dentaire est évidente, sont beaucoup plus riches en germes pathogènes de toute espèce que celles des patientes qui sont régulièrement suivies par un stomatologiste. C'est pourquoi il nous semble probable qu'un certain nombre de cas d'infection puerpérale dont l'étiologie a échappé à toute attribution, doit être placé dans ce groupe.

Contamination hétérogène. — Nous arrivons enfin à un mode de contamination qui ne peut être mis en doute et sur lequel il nous paraît utile d'insister plus largement, car c'est en lui qu'il faut voir la cause de certaines épidémies dont l'origine demeure mystérieuse. Nous voulons parler du danger que fait courir à la parturiente, la septicité bucco-dentaire du médecin ou de la sage-femme qui, appelé à son chevet, doit discourir à proximité de sa vulve. Il y a là une source d'infection dont on ne peut concevoir toute l'importance qu'après avoir examiné quelques bouches de sages-femmes.

Il faut remarquer, du reste, que l'on se trouve à l'hôpital dans un milieu choisi où les observations sont moins probantes, car les règles de l'hygiène élémentaire y sont d'ordinaire respectées.

Insistons enfin, dès maintenant, sur le fait que les remarques qui vont suivre débordent largement le cadre de la ques-

tion qui nous intéresse. Nous pensons, en effet, que des mesures de prophylaxie prises en ce sens dans les cliniques chirurgicales seraient susceptibles de diminuer encore le pourcentage des complications post-opératoires.

Rappelons qu'il est prouvé depuis longtemps que la fièvre puerpérale ne survient pas toujours à la suite d'une faute d'asepsie. Après avoir été en régression rapide par suite de l'application des idées de Pasteur, la fréquence de l'infection puerpérale s'est stabilisée aux environs de 2,30%. On s'est alors tourné vers la présence de streptocoques vivant en saprophytes dans le vagin des accouchées. Mais en 1930, Taylor et Wright montrèrent que sur 1.123 femmes, 3 pour cent seulement hébergeaient du streptocoque dans la cavité vaginale, pendant le travail, alors que 1/10 d'entre elles étaient atteintes d'infection puerpérale. De plus, sur 18 infectées, 13 n'avaient pas de streptocoque dans la cavité vaginale. Enfin, W. King arrêta plusieurs épidémies par le port obligatoire d'un masque de gaze dans les salles de travail.

En France, MM. Brindeau et Couvelaire ont déjà insisté sur la nécessité du port du masque pour l'accoucheur lors des épidémies de grippe ou d'angines. Quelques statistiques montrent le bien-fondé de ces précautions. Pourquoi alors refuser la même nocivité à une salive qui se trouve directement et abondamment infectée par des lésions bucco-dentaires ? — Du reste, le port du masque a déjà été rendu obligatoire dans plusieurs maternités ; nous croyons que c'est là une mesure qui doit être généralisée.

Nous allons d'ailleurs nous attacher à mettre en évidence la grande fréquence probable de la contamination buccale hétérogène dans le pourcentage résiduel des infections puerpérales dont l'étiologie résiste à toute recherche.

Nous allons examiner successivement le cas isolé et les

épidémies. L'infection se produisant presque exclusivement par voie hétérogène, rappelons les circonstances nécessaires à sa réalisation. Elles sont trois : en ce qui concerne les microbes, nombre et virulence suffisants ; pour ce qui est du milieu : conditions de vitalité favorables. Or, nous devons reconnaître que ce sont là des circonstances bien rarement rencontrées dans l'étiologie qui est d'ordinaire invoquée : les microbes apportés de loin, parfois de l'extérieur, ont eu bien souvent de multiples occasions de perdre leur virulence, et nous semblent devoir être plutôt considérés comme des saprophytes que comme des agents pathogènes. D'autre part, à moins de circonstances exceptionnelles, leur nombre est minime. De plus, l'accoucheur emploie des gants stériles ou s'est abondamment désinfecté les mains. Mais le problème se présente sous un autre aspect si nous envisageons le danger que fait courir à la parturiente un médecin ou une sage-femme dont la bouche est infectée ; nous voici dans les conditions optima pour le développement de l'infection : microbes projetés en grande quantité par l'opérateur sur ses mains, ses instruments ou au niveau de la vulve de la patiente ; microbes provenant de lésions en évolution ; possédant une virulence qui n'a pas le temps de s'atténuer, puisqu'ils arrivent immédiatement sur un terrain traumatisé et éminemment favorable à leur développement.

Il est, du reste, facile de démontrer expérimentalement la possibilité de la transmission microbienne par les particules salivaires. En faisant parler les personnes en cause devant des boîtes de Pétri contenant de la gélose par exemple, on fit pousser des cultures de streptocoques et de staphylocoques. Au contraire les résultats obtenus sont beaucoup plus favorables (la plupart du temps il ne pousse rien) chez les personnes dont la bouche est convenablement entretenue. Nous avons

d'ailleurs pu vérifier ces expériences grâce à l'amabilité du Dr Civatte et de Mlle Dobkevitch, à l'hôpital Saint-Louis.

Comme l'a fait ressortir P. Sedallian, cette idée de la contamination hétérogène par les gouttelettes de Flügge, se trouve confirmée lorsque nous envisageons les modifications survenues dans le caractère des épidémies d'infection puerpérale. Alors qu'avant l'ère pasteurienne on se trouvait en présence d'épidémies massives, depuis l'asepsie, « les cas qui les constituent surviennent à distance les uns des autres, comme des manifestations sporadiques et l'épidémie de streptococcie revêt l'allure prolongée, monoliforme, tenace, essaimée sur plusieurs années... Ainsi se trouve naturellement impliquée, le streptocoque est un microbe qui ne résiste pas en dehors des milieux albumineux, la possibilité de porteurs de germes constituant la réserve des microbes d'épidémie ».

D'autre part, ayant isolé des streptocoques chez des femmes infectées dans une même maternité pendant deux ans, P. Sédallian constata que tous les streptocoques étudiés appartenaient au même type microbien ; au contraire, les streptocoques isolés chez des femmes accouchées au dehors, ou provenant d'autres épidémies appartenaient à des types différents.

Passons maintenant aux observations. Voici quelques résultats rapportés par Guttman :

35 sages-femmes qui auraient dû totaliser 980 dents n'en avaient que 376 et parmi celles-ci 51 seulement étaient intactes. Guttman nota 234 racines non traitées dont 7 présentaient des fistules gingivales. On conçoit le danger d'infection que peuvent présenter de pareilles bouches lorsque les dents absentes sont par surcroît remplacées par une prothèse mobile reposant sur des racines gangréneuses.

Nous rapporterons enfin trois observations qui nous

semblent illustrer d'une façon particulièrement suggestive les faits précédents.

La première, publiée par MM. P. Courmont et P. Sédalian, concerne une épidémie de campagne dans laquelle le streptocoque en cause provenait du pharynx d'une sage-femme. Si nous rapportons cette observation qui ne concerne cependant pas la septicité bucco-dentaire à proprement parler, c'est qu'elle établit, d'une façon indiscutable, le rôle possible des gouttelettes de Flügge dans l'étiologie de l'infection puerpérale.

Une sage-femme d'un département voisin, atteinte d'une infection streptococcique tout à fait latente, fait du 24 mai au 11 juin 1931, 11 accouchements : 6 de ces femmes contractent une infection puerpérale et l'une d'elles meurt. Entre temps, le 2 juin, la sage-femme manifeste son infection par une angine à streptocoque hémolytique.

Les femmes infectées ont été accouchées dans des agglomérations différentes ou encore à l'hôpital d'une ville importante de ce département. Il n'y eut aucun contact d'infectée et la contamination n'a été possible que par l'accoucheuse elle-même. Cette sage-femme, installée depuis cinq ans, effectue par an une centaine d'accouchements en ville et une quarantaine à l'hôpital. Elle nous a déclaré avoir eu ces dernières années un ou deux cas de rétention placentaire avec légère élévation thermique, mais jamais d'accidents semblables à ceux auxquels elle a assisté ces derniers temps. L'observation de la maladie qu'elle a présentée s'intrique chronologiquement avec celles de ses malades.

Voici d'abord sa propre observation :

Le 12 mai, se sentant lasse, et se plaignant de douleur dans la région lombaire, elle consulte un médecin qui la renvoie en lui affirmant qu'elle n'a aucun symptôme objec-

tif et qu'elle n'a aucune raison de suspendre son travail. Elle continue donc l'exercice de sa profession. Mais le 27 mai, ne se sentant pas améliorée, elle consulte de nouveau un médecin qui lui confirme l'inutilité de ses craintes. Le 2 juin, elle a une élévation thermique à 40°, des manifestations angineuses et des arthralgies diffuses. Le 3 juin, elle fait cependant encore un accouchement, mais la fièvre persiste, oscillant entre 38° et 40° pendant trois jours. Puis, apparaît une éruption scarlatiniforme sur laquelle les médecins ont hésité ; mais le diagnostic de scarlatine a été écarté car il devait manquer des symptômes pour l'admettre. Dans l'ensemble, elle a eu trois jours de fièvre, elle est restée alitée jusqu'au 8 juin puis s'est rétablie ; l'affection a été en somme bénigne.

Complètement guérie le 9 juin, elle reprend l'exercice de son métier, mais elle est inquiète de la série d'infections qui étaient survenues antérieurement dans sa clientèle. Elle n'en trouve l'explication ni dans les traumatismes obstétricaux ni dans les fautes d'asepsie, leur apparition s'étant faite malgré de grandes précautions dans le nettoyage des mains ou encore, comme dans les deux derniers cas, après l'usage de gants stérilisés. Elle va alors se faire faire un examen bactériologique dans un laboratoire voisin. Le chef de laboratoire lui fait, le 12 juin, une culture de la gorge et y trouve du streptocoque hémolytique abondant. Elle est adressée à l'un de nous pour qu'on lui donne des conseils sur son état.

Nous l'avons revue à deux reprises : le 17 juin et le 2 juillet, et à ces dates encore le streptocoque était présent sur sa muqueuse amygdalienne. On l'y obtenait en culture presque pure, d'où il était très facile à isoler.

Un certain nombre des accouchements qu'elle a pratiqués du 24 mai au 11 juin se sont accompagnés d'infection. Nous les indiquerons successivement dans leur ordre chronologique,

mais auparavant, nous tenons à faire remarquer que les infections sont survenues avant que la sage-femme n'ait eu aucun symptôme clinique de streptococcie et dans une période où elle était très vraisemblablement porteuse saine de germes. Les deux dernières infections sont survenues après l'angine cliniquement évidente et alors que la sage-femme était porteuse convalescente de germes.

Comme porteuse saine de germes, elle fait, aux dates suivantes, les accouchements que voici :

Le 24 mai, deux accouchements normaux (toucher et dégagements). Chez l'une de ses accouchées débute le 27 mai une infection qui durerait encore le 10 juillet et qui s'est terminée par un phlegmon du ligament large.

Le 25 mai, un accouchement normal (à l'hôpital) sans suites fébriles.

Le 29 mai, elle accouche une femme chez qui débute le lendemain une infection légère qui a cédé en quatre ou cinq jours.

Le 30 mai, elle fait deux accouchements. L'une des malades non « touchée » a présenté dès le lendemain 31 mai une infection grave (frissons, 40°, hémoculture positive à streptocoques hémolytiques, et est morte le quatrième jour. L'autre accouchée a été infectée également : début de la température le cinquième jour, streptococcie longue avec phlegmon du ligament large à streptocoques hémolytiques confirmés par l'examen bactériologique.

Le 31 mai, un accouchement avec délivrance artificielle. Pas de suites fébriles.

Le 3 juin, la sage-femme ayant son angine fait un accouchement normal qui n'eut pas de suites fébriles.

Pendant qu'elle était porteuse convalescente de germes, la sage-femme a fait :

Le 9 juin, 2 accouchements avec gants. Chez les 2 malades survient une infection grave ayant débuté l'une le 10 juin, l'autre le 11, par une élévation thermique. Ces deux infections ont provoqué des complications pélviennes.

Le 10 juin, un accouchement (dégagement en occipito-sacré, déchirure du périnée). Pas de suites fébriles.

C'est à ce moment que la présence de streptocoques hémolytiques dans la gorge de la sage-femme a été décelée. Elle s'est alors immédiatement arrêtée de travailler quoique étant en excellente santé.

Elle s'est conduite dans ces événements aussi scrupuleusement qu'il lui était possible, elle n'est point responsable de l'ignorance de cette cause de contamination qu'est la projection inconsciente de gouttelettes de Flügge chargées de germes streptococciques.

Les recherches bactériologiques concernant cette épidémie ont été faites d'abord par le médecin chef du laboratoire de la ville où se passaient ces événements ; sa compétence est éprouvée. Il a isolé chez plusieurs femmes infectées le streptocoque hémolytique (3 fois dans le pus d'abcès pelviens ; une fois par hémoculture). Il a constaté, le premier, le streptocoque hémolytique dans le pharynx de la sage-femme. Il a pu nous donner une souche qu'il avait conservée. Cette souche de streptocoque hémolytique provenait du pus pelvien d'une femme infectée.

C'est, pour ce qui va suivre, la souche M. Nous avons isolé nous-mêmes à l'Institut bactériologique de Lyon le streptocoque hémolytique du pharynx de la sage-femme, c'est, pour ce qui va suivre, la souche A.

Les souches A. et M. sont fortement hémolytiques et présentent les caractères cultureux classiques des streptocoques. La souche A (la seule étudiée à ce point de vue) est

virulente pour le cobaye, ce qui montre son aptitude à l'invasion septicémique.

Les deux souches A et M ont des actions identiques sur les hydrates de carbone. En effet, elles fermentent le galactose, le lactose, le levulose, le maltose, le saccharose, le glucose.

Elles ne fermentent ni l'une, ni l'autre : l'arbutine, l'esculine, l'amygdaline, la mannite.

Des lapins, préparés l'un avec la souche M, l'autre avec la souche A, ont fourni des sérums qui donnent des agglutinations croisées avec ces deux souches. L'un et l'autre sérum ont leurs agglutinines rigoureusement saturées par les deux souches A et M.

On ne peut pas, dans l'état actuel des méthodes biologiques, pousser plus loin l'étude des caractères distinctifs ou similaires de ces microbes. Les résultats qui viennent d'être indiqués prouvent que les souches A et M sont rigoureusement identiques et, pour qui connaît la multiplicité des streptocoques, ce résultat a une très grande valeur.

Le germe trouvé dans la gorge de la sage-femme guérie le 2 juillet est bactériologiquement le même qui a infecté une accouchée le 30 mai.

Tout récemment, MM. Balard et Boursier rapportèrent une observation analogue. Il s'agissait d'une sage-femme dont les accouchements n'étaient que très rarement suivis de complications; elle dut cependant, en cinq jours, envoyer trois de ses clientes dans un service d'isolement. L'interrogatoire apprit qu'elle souffrait depuis quelques jours d'un abcès de l'amygdale, auquel les auteurs attribuent l'origine de ces cas d'infection puerpérale, dont 2 furent mortels.

Les deux observations suivantes sont d'ordre purement stomatologique.

La première concerne une sage-femme qui professait sans accident depuis quatre ans et qui, bien que pratiquant une stérilisation et une désinfection des plus scrupuleuses eut coup sur coup deux cas d'infection puerpérale. La seule explication possible en fut la septicité de la cavité buccale de la sage-femme. Elle n'avait, en effet, que 18 dents et parmi celles-ci, 10 étaient profondément cariées. On notait encore 9 racines gangréneuses non traitées, et la prothèse mobile destinée à remplacer les dents absentes, reposait sur un enduit gluant et nauséabond ; elle n'avait jamais été enlevée pour être nettoyée, faute du temps nécessaire à cette opération.

La seconde observation a trait à une épidémie de fièvre puerpérale qui survint à la Maternité de Sloan, à New-York, en 1927. Sur un total de 163 accouchements, 25 patientes furent atteintes d'une affection streptococcique. La mortalité s'éleva à 36%. Un enfant mourut d'érysipèle. Une infirmière eut une grave affection streptococcique à un bras ; mais elle guérit. On lava avec du chlorure de Ca, les salles d'opération et celles dans lesquelles se trouvaient des parturientes mais des accidents n'en continuèrent pas moins à se produire

Des recherches bactériologiques complètes furent alors entreprises (air, locaux, fourniture, matériel, eau, etc...), le streptocoque ne put être mis en évidence que dans les cavités nasale et buccale de certains médecins ou infirmières de l'hôpital. Sur 100 infirmières, 20 étaient porteuses de strepto hémolytiques. La proportion était de 2 pour 26 en ce qui concernait les médecins, et de 5% pour les domestiques. Les microbes en cause furent trouvés (par l'agglutination) identiques à ceux qui provenaient des cas de fièvre puerpérale.

Nous pouvons donc dégager de ce chapitre les idées suivantes :

Ce n'est pas le seul souci de dignité professionnelle qui doit pousser le médecin, la sage-femme ou le personnel des salles d'opération, à porter toute leur attention sur leur hygiène bucco-dentaire ; cette conduite leur est également dictée par l'intérêt immédiat de leur clientèle envers qui ils ont ce devoir.

D'autre part, il est nécessaire que le port du masque se généralise dans les salles de travail afin de suppléer à la difficulté d'une désinfection buccale et rhino-pharyngée absolue.

Étude clinique

I. RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL DE LA FEMME ENCEINTE

Pour ne nous placer qu'au point de vue de la répercussion de la septicité bucco-dentaire sur l'état général, l'influence en est trop manifeste pour que nous ayons besoin de nous y arrêter longuement ; et pour qui connaît les néfastes conséquences du fléchissement de l'état général sur une grossesse en cours, il apparaîtra aussitôt que ce point est loin d'être négligeable.

Nous ne nous arrêterons pas ici aux manifestations de l'infection focale qui n'ont aucune influence particulière sur la grossesse (affections rhumatismales, oculaires, broncho-pulmonaires, psychoses.). Mais nous étudierons les troubles digestifs, l'anémie, la toxhémie, les vomissements de la grossesse et les troubles rénaux dans leurs rapports avec la septicité bucco-dentaire.

Troubles digestifs. — Ils sont de deux ordres. C'est, tout d'abord, par l'absence de dents et surtout, cas particulièrement fréquent malgré le jeune âge des sujets, par l'absence des molaires que la mastication complète, élément important de la nutrition et de l'assimilation, se trouve mise en défaut. Or, nous avons pu constater, en examinant près de 250 femmes enceintes, combien ce fait était fréquent.

Indépendamment, du reste, de ce facteur purement mécanique, il convient de faire place aux accidents infectieux qui résultent d'une pyrophagie continue et souvent aggravée du fait même de la grossesse. Nous ne ferons que citer les principales de ces manifestations très variées : gastrite septique, ulcères, entérocolites, appendicites et cholécystites. Notons d'ailleurs, que la gastrite, le plus fréquent de ces accidents, peut en rester à sa forme fruste et avoir une grosse répercussion sur l'état général de la femme enceinte, sans l'inquiéter par des phénomènes douloureux.

Rappelons, enfin, les expériences de Gross qui a montré que le suc gastrique additionné de muco-pus perdait ses propriétés digestives.

Anémie. — Les rapports de la septicité bucco-dentaire et de l'anémie sont encore plus importants pour des patientes qui sont sur le point de subir une intervention sanglante et auraient besoin d'être en possession de tous leurs moyens de résistance pour traverser cette période critique. A cet égard, les statistiques de P. Brooke Bland et A. First (Clinique obstétricale de l'hôpital Jefferson) ne peuvent laisser aucun doute ; elles portent d'ailleurs sur plus de 1.000 cas. Des numérations globulaires pratiquées chez des patientes exemptes de caries dentaires révélèrent une anémie nette (moins de 3.500.000 globules rouges) dans 47,4% des cas. En pratiquant le même examen chez les 424 patientes dont la bouche se trouvait être dans un état défectueux, le pourcentage s'éleva à 66%. L'observation suivante, relatée par les mêmes auteurs, apporte à ce sujet une illustration frappante.

Il s'agit d'une patiente de 32 ans, qui fut admise le 1^{er} mars 1928, au quatrième mois de gestation, alors qu'elle avait 1.800.000 G.R. et que son taux d'hémoglobine était de 30%. On ne trouva alors chez elle aucune autre source d'infec-

tion que l'état déplorable de sa bouche dans laquelle on notait, en particulier, un abcès périapical au niveau d'une incisive supérieure gauche. On dut lui faire 5 transfusions de 300 cm³ et elle accoucha spontanément, mais avant terme, deux semaines après son entrée. Au cours de la convalescence qui fut longue, on pratiqua la mise en état complète de la bouche ; la formule sanguine redevint alors normale et la patiente put accoucher à nouveau, sans aucun accident et à terme, le 25 août 1929.

On a du reste rapporté de nombreuses observations d'anémie pernicieuse dans lesquelles on ne pouvait attribuer les troubles de la formule sanguine qu'à l'état buccal. L'amélioration immédiate et importante qui suit l'extraction des dents présentant un granulome en donne une preuve thérapeutique indiscutable. C'est donc là, pour la femme enceinte un danger que l'on aurait tort de négliger et qui mérite plus particulièrement l'attention de l'accoucheur.

Toxhémie. — Si les phénomènes précédents se rattachent au pronostic maternel, la toxhémie mérite su tout une mention spéciale par son rôle sur le développement et la mortalité du fœtus. Sans doute faut-il voir là une cause de certains avortements à répétition dont l'étiologie est trop obscure.

Longtemps discuté, le pouvoir toxigène des streptocoques a été bien mis en évidence par MM. Grandclaude, Lesbre et Sacquepée ; il est certain que les toxines bacillaires déversées sans arrêt dans le sang maternel parviennent facilement jusqu'au fœtus, grâce à la perméabilité placentaire. Pierrepont rapporte une série d'observations dans lesquelles il constate la coïncidence réquente et troublante de la septicité buccale maternelle et de la mort du fœtus, ou, en cas de survie, de l'hypotrophie du nourrisson, alors que toutes les autres causes d'infection ont été soigneusement éliminées.

Une triste démonstration de la nocivité de ces toxines fut

donnée au cours de l'épidémie d'influenza de 1918 durant laquelle on nota une importante mortalité fœtale.

Nous avons, d'autre part, vu que la carence masticatoire et les troubles digestifs entraînés par une bouche mal entretenue, agissaient fâcheusement sur la nutrition de la femme enceinte. Celle-ci ne pourra plus puiser dans son alimentation les ressources nécessaires au développement du fœtus.

Nous pouvons donc conclure que la septicité bucco-dentaire entraîne une diminution de la résistance du fœtus tant par la répercussion sur la nutrition maternelle que par le passage de toxines microbiennes au niveau du placenta.

Vomissements de la grossesse. — Nous rattacherons à ce chapitre l'étude des vomissements de la grossesse dans leurs rapports avec la septicité bucco-dentaire. Celle-ci peut, en effet, agir de deux façons : soit par les troubles qu'elle engendre au niveau du tube digestif, soit par intoxication. Nous avons suffisamment insisté plus haut sur le rôle de la mastication et les dangers de la pyophagie pour qu'il nous soit nécessaire d'y insister à nouveau. C'est à ces troubles purement digestifs que nous rattacherons l'état nauséux et les petits vomissements de quelques malades. Si ces symptômes se manifestent tout particulièrement au cours de la grossesse, il faut en voir la cause dans l'aggravation des lésions buccales antérieures. Il est du reste assez fréquent dans la pratique stomatologique courante, de voir cesser, au cours du traitement, un état nauséux persistant chez une patiente qui était venue consulter pour une pyorrhée accentuée.

C'est au contraire, par l'intermédiaire d'une intoxication générale que la bouche peut se trouver à l'origine des vomissements graves autrefois appelés « incoercibles ». L'accord s'est à peu près fait à leur sujet et on peut les considérer comme des vomissements graves entretenus par une épine irritative quel-

conque siégeant avec une fréquence particulière, au niveau du tube digestif. Le premier souci de l'accoucheur, en présence d'une vomisseuse, sera donc d'éliminer les foyers d'infection possibles, en commençant par les plus simples ; la bouche se trouve être ainsi placée au tout premier rang.

Talbot rapporte plusieurs cas de vomissements graves qui cédèrent complètement à quelques extractions.

MM. Lantuéjoul et Dechaume, ont suivi, dans le service de M. Cathala une femme dont l'état se trouva très amélioré à la suite d'une désinfection bucco-dentaire.

Troubles rénaux. — A la suite des travaux des auteurs américains complétés en France par ceux de J. Tellier, Lébédinsky, Fargin-Fayolle, Thibault et Raison, Grandclaude et Lesbre, Gayet, entre autres, il nous est permis de dégager les conclusions suivantes sur les rapports de la septicité bucco-dentaire et du rein.

En ce qui concerne la pathogénie de ces complications, la transmission des germes peut se faire soit par la voie circulatoire (et c'est à cet ordre de faits qu'il convient surtout de rattacher les accidents aigus), soit par pyophagie, réalisant ainsi un véritable syndrome bucco-entéro-rénal, comme l'a bien montré Lebédinsky.

Du point de vue clinique, ces manifestations peuvent se ranger en deux groupes :

Les accidents aigus qui sont rares. Citons cependant quelques observations de néphrites, de pyélonéphrites et de phlegmons périnéphrétiques d'origine dentaire.

Les affections chroniques constituent la majorité des cas. Parmi elles, notons l'albuminurie, la néphrite, la lithiase « dont l'origine souvent méconnue pourrait résulter de l'atteinte prolongée et indéfiniment répétée du tissu glomérulaire

par les bactéries issues de différents foyers infectieux et, entre autres, des foyers alvéolaires » (Thibault et Raison).

Rappelons à ce sujet que Grandclaude et Lesbre mirent en évidence chez de nombreux pyorrhéiques qui ne présentaient aucun symptôme clinique, les signes les plus évidents d'infection rénale (leucocytes, polynucléaires, hématies et streptocoques dans les urines, albumine à l'état de trace).

L'épreuve du traitement a, du reste, été bien souvent positive et nombreuses sont les observations (citons entre autres celles particulièrement convaincantes de G. Gayet), dans lesquelles des complications urinaires graves rétrocédèrent rapidement devant une mise de la bouche en état. Voici d'ailleurs une observation personnelle dans laquelle la succession des faits nous paraît difficilement explicable par la coïncidence seule :

Mme S. Rachel, âgée de 28 ans, primipare, enceinte de six mois environ, entre le 13 mars 1934 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Cathala pour albuminurie.

La patiente a toujours été en parfait état de santé, si l'on excepte une rougeole et une typhoïde contractées dans son enfance. Elle n'a en particulier jamais présenté d'affection rénale. Sa tension est à 13-7. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade remarqua un léger œdème malléolaire ainsi qu'un certain degré de bouffissure du visage qui la décidèrent à se présenter à la consultation. L'examen des urines révéla alors de l'albumine. A son entrée on en note 4 grammes ; le régime lacté ramène le surlendemain ce chiffre à 1 gramme ; elle se maintient à ce niveau pendant une semaine.

C'est alors que nous avons l'occasion d'examiner la patiente dans le service de Stomatologie du Dr Mahé où elle vient consulter pour une gingivite tartrique importante. La septicité buccale est intense ; outre les clapiers gingivaux d'où

la pression fait sourdre le pus en abondance, on note de nombreuses caries et trois fistules vestibulaires qui siègent en regard de racines infectées. La patiente nous apprend que la gingivite est survenue environ deux mois après le début de sa grossesse et s'est accentuée depuis lors. Nous pratiquons alors un détartrage suivi de l'application d'acide trichloracétique. La malade est convoquée pour le lendemain, mais elle ne se présente pas à la consultation. Nous n'avons l'occasion de la revoir que huit jours plus tard et voici ce que nous constatons en examinant sa feuille. Les urines recueillies le lendemain de notre intervention ne renfermaient que 0 gr. 55 d'albumine ; celles du surlendemain 0 gr. 50. Devant cette amélioration, on avait remplacé le régime lacté par le régime lacto végétarien. L'albumine revient alors à un gramme et ne régresse pas, malgré le rétablissement du régime lacté intégral. Bien au contraire, à la suite d'une nouvelle poussée d'inflammation gingivale, nous la voyons atteindre 1 gr. 50. C'est alors, que nous pratiquons un second nettoyage de bouche suivi de deux extractions. Le lendemain, l'albumine est à 1 gr., le surlendemain à 0 gr. 50.

La malade satisfaite du résultat obtenu signe sa sortie et nous n'avons plus l'occasion de la revoir.

Cette observation nous paraît intéressante à un double point de vue, puisqu'elle peut se résumer ainsi ; par deux fois, la septicité bucco-dentaire se trouve diminuée du fait de notre intervention, le taux de l'albumine diminue de moitié dans un cas, des deux tiers dans l'autre. Au contraire, à la suite d'une recrudescence des foyers infectieux buccaux, l'albumine augmente malgré le rétablissement d'un régime plus sévère.

Rappelons enfin que « les reins gravidiques à répétition » ne sont, comme le fait remarquer Janin, que des néphrites chroniques latentes révélées par la grossesse. Il est possible

qu'un certain nombre d'entre celles-ci, dont l'origine demeure mystérieuse aient une étiologie buccale. En tout cas, il existe là une source d'infection facilement accessible, que l'on n'a pas le droit de négliger.

Au point de vue rénal, la femme enceinte bénéficiera donc du traitement stomatologique préventif à un double égard :

1^o Il est bien évident que des reins déjà surmenés par l'élimination de produits toxiques dus à une infection buccale chronique antérieure, sont bien mal préparés à supporter le travail supplémentaire imposé par la grossesse.

2^o La femme enceinte présentant fréquemment, une aggravation des lésions buccales antérieures, se trouve tout spécialement menacée de faire une complication rénale.

Or, on sait que le rein est, à juste titre, l'organe redouté des accoucheurs.

II. RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR LA MARCHE NORMALE DE LA GRAVIDITÉ

Ovulation. Fécondité.

Signalons, tout d'abord, un des points sur lesquels P. Brooke Bland et A. First ont les premiers attiré l'attention : il s'agit des répercussions possibles de l'infection bucco-dentaire sur l'ovulation et la fécondité. Voici les principales idées qui ont été émises à ce sujet.

Au cours d'une septicémie, une localisation sur l'ovaire peut avoir des suites graves quant à la fonction ultérieure de l'organe ; notons, du reste, que dans la plupart des cas, cette atteinte est secondaire à celle des trompes ou du péritoine.

L'infection chronique peut agir de deux façons. On sait,

en effet, qu'elle se caractérise avant tout par la production de tissu scléreux. Celui-ci, englobant les follicules, l'ovulation se trouvera troublée, parfois supprimée. A cette stérilité d'origine mécanique, il convient d'opposer l'intoxication des cellules sexuelles. On connaît leur faible résistance et la fâcheuse répercussion qu'ont, sur elles, les déficiences de l'organisme. Leur nombre diminue ; elles sont atteintes dans leur morphologie, leur mobilité. Aussi, est-ce vers elles que l'on se tourne lorsqu'on se trouve en présence d'un couple stérile dont les organes génitaux paraissaient sains. On aurait alors tort de négliger l'état bucco-dentaire des conjoints qui peut avoir, tant sur l'état général que sur les organes génitaux, les fâcheuses répercussions que nous venons d'étudier.

Avortement.

Nous avons déjà établi plus haut logiquement et expérimentalement la possibilité de ces accidents en rapport avec la septicité bucco-dentaire. Nous allons maintenant rapporter quelques cas cliniques, ainsi que pour plusieurs d'entre eux, la vérification bactériologique qui nous semble établir définitivement l'existence de ces faits.

Rappelons d'ailleurs que si les observations qui nous intéressent ne sont pas plus nombreuses dans la littérature médicale, c'est qu'il est très difficile de faire la preuve des rapports de cause à effet qui existent entre les deux affections et d'apporter des précisions sur l'identité des germes provenant des lésions envisagées.

En 1925, Talbot rapporte l'observation d'une patiente qui avorta au quatrième mois de sa gestation ; le seul foyer d'infection découvert consistait en clapiers pyorrhéiques

siégeant particulièrement en regard de dents couronnées. On identifia le streptocoque dans le pus gingival, l'urine de la patiente et le sang du cœur du fœtus.

La même année, H. Curtis publie trois observations ayant trait au rapport de l'avortement spontané à répétition et de l'infection des apex dentaires, de la gencive ou des sinus. La première de ses patientes, longtemps suivie put mener à terme trois grossesses à la suite d'un traitement stomatologique, toute autre thérapeutique ayant échoué jusqu'alors. Chez la seconde malade, il incrimina les sinus frontal et maxillaire droits comme source d'infection. Enfin, la troisième patiente ne put mener une grossesse à terme qu'après l'extraction de plusieurs dents qui présentaient des réactions périapicales. Le laboratoire montra, à ce niveau, la présence de streptocoques hémolytiques. On fit des cultures et celles-ci injectées à des lapins gravides, eurent pour effet constant, l'interruption de la grossesse.

En 1927, Nickel et Mussey apportent leur contribution à cette étude. Leurs observations portent sur quatre patientes. Pour trois d'entre elles, ils ont attribué la cause de l'avortement à la septicité buccale ; pour la quatrième, aux amygdales. L'une de ces malades avait déjà avorté quatre fois (les deux premiers avortements étaient survenus au troisième mois, les deux derniers au second mois). D'autre part, elle présentait quatre dents atteintes d'infection périapicale, elles furent extraites aseptiquement ; on fit une culture du pus qui en provenait, et l'on inocula deux cobayes gravides. Le premier qui reçut 1 cm³ par voie intra-veineuse avorta de 2 fœtus et mourut le quatrième jour. A l'autopsie on trouva l'utérus hémorragique et œdématisé. Le second cobaye reçut 1 cc.5 ; il avorta de deux fœtus qui moururent le lendemain de l'inocu-

lation. La culture du sang de la mère et du fœtus décèle la présence du streptocoque. On refit les mêmes expériences pour deux des autres patientes citées. Sept cobayes gravides furent inoculés, six de ces animaux avortèrent de 18 heures à six jours après l'injection. Le streptocoque en cause fut identifié comme appartenant au groupe « streptocoque viridans ».

Vignes, dans le *Bulletin* de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, rattache à cette étiologie les quatre avortements survenus chez une patiente qu'il eut l'occasion de suivre et dont voici l'observation :

Mme C..., 24 ans, m'est adressée le 30 juillet 1924 par N. Fiessinger au début de sa troisième gestation, pour déceler, si possible, la cause de deux avortements antérieurs et essayer de sauvegarder la gestation actuelle.

Mariée à 22 ans, elle fait une fausse-couche de deux mois et demi avec rétention d'œuf mort qui s'est prolongée pendant une autre période de deux mois et demi, puis une fausse-couche de deux mois, au cours d'un traitement par l'agomensine, par des injections très chaudes et par des tampons glycerinés.

Elle est, lorsque je la vois pour la première fois, au troisième mois de sa troisième gestation, les dernières règles ayant eu lieu du 23 au 26 avril. Elle se plaint de nausées, de vomissements, de céphalées violentes, avec constriction thyroïdienne (ces deux symptômes lui ayant été habituels avant son mariage), de crises de transpirations et d'un grand énervement. A deux reprises, elle a eu une légère hydrohématorrhée qui est de nature à faire craindre l'imminence d'un avortement.

L'utérus remonte à 7 cm. au-dessus du pubis et est en-

touré d'un œdème considérable T.A. 15,5/9 (au Pachon). — Tachycardie.

Deux jours après, elle fait une fausse-couche suivie d'une légère réaction latéro-utérine droite.

Deux réactions de Wasserman et deux Hecht pratiqués avec son sang et trois réactions pratiquées avec le sang de son mari donnent des résultats négatifs.

Examen histologique : L'œuf examiné par MM. Durante et R. Leroux montre une partie fœtale normale et une partie maternelle avec infiltration diffuse, nodules inflammatoires à polynucléaires et abcès de la caduque, les lésions étant d'autant plus accentuées qu'on s'éloigne de l'œuf pour gagner les couches profondes de la caduque.

Je lui prescris, une cure à Saint-Sauveur qui donne parfois de si bons résultats dans les infections génitales et je lui fais suivre un traitement mercuriel *per os*, alternant avec un traitement bismuthique.

Mme C... ne tarda pas à redevenir enceinte.

Quatrième gestation. — Le 11 juin 1925, elle revient me voir, ses dernières règles remontant au 11 avril. Céphalée. Pas de vomissements, pas d'énervement. Je lui prescris un traitement bismuthique, en injection intramusculaire.

Le 24 juillet, je note les points suivants : Mme C... a remarqué la disparition des divers malaises gravidiques, d'autre part, elle a eu un abcès dentaire, elle a beaucoup souffert des reins et des uretères, surtout du côté gauche. Enfin, elle a perdu quelques gouttes de sang. Il est donc très vraisemblable qu'elle est en imminence de fausse-couche. Rapprochant les phénomènes actuels (infection dentaire, frisson, douleurs lombaires) de l'examen histologique précédent, je me demande s'il ne faut pas voir dans les fausses-couches de Mme C...,

l'effet d'une maladie de la caduque consécutive à une septicémie subaiguë.

Le 30 juillet, Mme C... fait une quatrième fausse-couche.

L'examen histologique (avec la collaboration de R. Leroux) montre le même aspect qu'à la troisième gestation : infiltration diffuse et nappes de polynucléaires, en plus involution fibreuse des cellules déciduales.

Le 17 septembre 1925, Mme C... se plaint de frissons fréquents.

Récapitulant alors l'ensemble de son histoire, je m'oriente vers une septicémie d'origine dentaire et je prescris une mise en état de la bouche que l'état des dents et des gencives rend nécessaire. Ces soins sont exécutés avec minutie par J. Dumont, au cours des mois de septembre et d'octobre 1925.

Le 15 octobre, j'ai l'occasion d'examiner Mme C... et je note une petite masse grosse comme une cerise, se prolongeant avec la corne utérine droite.

Cinquième gestation. — Dernières règles : 30 décembre 1925 au 1^{er} janvier 1926 — Mme C... vient me trouver le 6 février, elle souffre du ventre et des reins, elle a peu de malaises, les seins, après avoir grossi, ont diminué. Je note : gros utérus gravide, rein gauche sensible.

Examen bactériologique des urines : négatif.

Examen bactériologique des sécrétions vaginales (Salimbini) : streptocoque, staphylocoque, pseudo-diphtérique, et coli.

Examen bactériologique des gencives : streptocoques, amibes et spirilles.

Préparation d'un autovaccin avec streptocoque buccal et vaginal, staphylocoque et pseudodiphtérique vaginal. — Je pratique douze injections : la première donne une réaction pseudo-phlegmoneuse très intense. Les réactions ultérieures

vont en s'atténuant. Les pertes blanches augmentent, puis diminuent et disparaissent.

Nouvel examen bactériologique des sécrétions vaginales en mai : négatif (Salimbini).

Examen d'urines : très nombreuses cellules épithéliales et rares leucocytes (Richard).

Accouchement le 1^{er} octobre, en moins de douze heures. La tête reste longtemps élevée et je termine par un forceps en O.I.D.P., pour écoulement de méconium pur à la rupture de la poche des eaux (très peu de liquide). Extraction d'une fille qui pèse 3 kgs 260, qui ne crie pas tout de suite. Cordon très grêle. Céphalématome frontal droit. Placenta pesant 560 gr. et ne montrant pas de polynucléaires à l'examen histologique.

Les suites de couches de la mère sont caractérisées par de la fièvre à 38-39 degré; (injection prophylactique d'un stock-vaccin anti-streptococcique de Salimbini). — Furoncle du sein au cours de la quatrième semaine.

Les suites de la naissance sont un peu troublées, croissance néo-natale parfaite (sein maternel), mais ophtalmie assez tenace à staphylocoque et pyodermite. Ultérieurement, l'enfant C... eut des accidents dyspnéiques : Blechmann fit le diagnostic d'adénoïdisme précoce et incrimina la syphilis (ossification crânienne imparfaite, saillie des bosses frontales, rate perceptible). Puis l'enfant eut une otite que soigna A. Moulouquet. L'attention de celui-ci ne fut nullement attirée sur la possibilité de syphilis.

Et M. Vignes conclut :

Malgré le B. W. négatif, le quotient fœto-placentaire normal, il n'est pas impossible qu'une syphilis acquise (mais ignorée ou congénitale) ait fait le lit à l'infection streptococcique. Il n'en est pas moins vrai que c'est celle-ci qui a été la

cause déterminante de l'avortement, et que le traitement antistreptococcique semble avoir permis une gestation normale.

Voici, enfin, une observation rapportée par P. Brook Bland et A. First, dans laquelle l'avortement consécutif à un décollement prématuré du placenta fut attribué à la septicité buccale. La malade, âgée de 32 ans, mère de trois enfants, fut admise à l'hôpital le 4 avril 1930. Elle se plaignait d'une céphalée intense et d'une vive douleur du côté gauche du cou et de la joue où l'on remarquait une tuméfaction. Elle commençait à souffrir de la partie inférieure de l'abdomen et présentait de légères pertes utérines. Ses dernières règles dataient du 8 novembre 1929. L'état général était très touché. Température à 40°, pouls à 140. Elle avait 3.000.000 de G.R. par millimètre cube. L'hémoglobine était à 58%. L'examen de la bouche pratiqué par le Dr Wm. Ersner révéla quatre racines infectées dont deux étaient atteintes de périapexite suppurée ; on sentait également une légère inflammation péri tonsillaire dépendant de l'infection dentaire. Le 6 avril, la patiente était dans un état bien plus grave. La tuméfaction de la face était plus prononcée, les douleurs abdominales avaient augmenté. On pratiqua l'extraction des racines de la première et de la deuxième molaires ce qui donna issue à une abondante quantité de pus. A gauche on ouvrit aussi un petit abcès péri tonsillaire. Le lendemain, on note une amélioration locale notable, la douleur abdominale et la céphalée disparaissent progressivement. La patiente, refusant de rester encore à l'hôpital retourne chez elle, le 9 avril. Le 15 mai 1930, elle est réveillée par une douleur abdominale intense suivie d'un vomissement de sang et d'une émission de sang par le vagin. Elle est ramenée à l'hôpital. Sa température est à 40°, son pouls à 150, 2.500.000 G.R. par millimètre cube et 40% d'hémoglobine. L'utérus a

une consistance ligneuse qui rend impossible la délimitation du fœtus. Les symptômes d'anémie croissante et l'état du shok qui augmente progressivement font porter le diagnostic de décollement du placenta (prématuré). Bientôt, le nombre des G.R. était de 1.700.000, l'hémoglobine à 32%. Elle avait 21.700 globules blancs dont 89% de polynucléaires. Le lendemain, on plaça un ballon de Voorhes dans le col utérin ; 6 heures après survint l'expulsion du fœtus macéré. Le placenta présentait une hémorragie diffuse.

Un examen buccal pratiqué alors, montra une bouche très mal entretenue, une gingivite intense et une grosse quantité de tartre. Trois transfusions furent pratiquées et permirent à la patiente de se rétablir après une convalescence longue et pénible.

Pour les deux spécialistes qui suivirent la malade, il n'est pas douteux que l'infection aiguë de la bouche dans les mois précédents ait été la cause directe de la mort du fœtus et de la grave affection de la mère. Et les auteurs font remarquer que tous ces accidents auraient été évités si, dans un but prophylactique, on avait éliminé les divers foyers d'infection, dès le début de la gestation.

III. RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR LES SUITES DE COUCHES

Fièvre puerpérale.

Ce chapitre sera bref, car nous avons dû le traiter presque entièrement dans les paragraphes précédents et, notamment en parlant de la pathogénie des accidents qui nous occupent. Nous nous bornerons donc à rappeler les principaux points que nous

avons déjà établis et à les grouper sous un nouveau plan qui répond aux deux modes de contamination possible : autogène et hétérogène.

D'une part, en effet, la septicité bucco-dentaire de la parturiente peut être cause d'une infection puerpérale ; elle emprunte alors soit la voie sanguine (rappelons à ce sujet le rôle du traumatisme obstétrical dans une localisation utérine au cours d'une septicémie chronique), soit la voie gastro-intestinale, par suite de la pyophagie. La patiente peut enfin apporter les microbes au niveau de sa vulve, par l'intermédiaire de ses doigts souillés au contact d'une bouche infectée.

Nous avons vu, d'autre part, dans le chapitre consacré à la contamination hétérogène, que l'accoucheur ou la sage-femme dont la bouche n'est pas toujours dans un état d'asepsie absolue, peut projeter des streptocoques sur ses mains, ses instruments ou sur la vulve de la patiente, par l'intermédiaire des gouttelettes de Flügge.

De plus l'infection puerpérale déclarée aura plus de chance d'être grave chez une femme mise en état de moindre résistance, par les fâcheuses répercussions que peut avoir la septicité bucco-dentaire sur son état général.

Aux observations déjà citées plus haut et se rapportant à ces différents paragraphes, ajoutons celle que MM. Lantuéjoul et Dechaume rapportaient dans leur article sur « Les infections d'origine bucco-dentaire au cours de la puerpéralité »

Mme P..., âgée de 20 ans, sans profession, primipare, accouche aux environs du terme le 31 décembre 1931 : une application de forceps est faite à la vulve, en occipito-pubienne et permet l'extraction facile d'un garçon pesant 2 kg. 900 gr. Délivrance spontanée. Placenta pesant 420 gr. Le travail a duré 22 heures. La poche des eaux s'est rompue au cours du

travail. Il n'y a pas eu d'hémorragie. En somme, travail un peu long, mais sans incident, l'application du forceps a été faite pour délivrer une femme fatiguée et dont les contractions étaient peu actives. Dès le deuxième jour la température monte à 39,6 le soir, pouls à 120. Pendant huit jours, température très élevée, atteignant 40,8, pouls à 120, 140, 160 ; puis la température baisse, avec des reprises, le pouls restant élevé. Au bout de trois semaines, la température et le pouls baissent de façon définitive. La femme sort guérie le 42^e jour. Elle a été traitée avec de la septicémine, du sulfarsénobenzol, un abcès de fixation, et de l'antisepsie buccale. L'enfant, nourri au biberon, est mort le quatorzième jour. Il avait repris 50 gr. après sa chute initiale puis avait à nouveau perdu 450 gr. Mme P... ne présentait aucune autre lésion apparente qu'une légère péricoronarite suppurée autour d'une dent de sagesse inférieure gauche.

Les examens bactériologiques ont été faits par le Dr Seydel, chef de laboratoire de M. Cathala, qui nous a donné cette note.

Les recherches bactériologiques ont été effectuées de la façon suivante :

Au niveau de la bouche : On chercha, malgré la septicité habituelle du milieu, à ne charger sur la spatule que les germes situés sous le capuchon muqueux infecté. Ceux-ci furentensemencés, par épuisements successifs, sur des tubes de gélose nutritive.

Du côté de l'utérus : Après avoir largement exposé le col à l'aide de valves vaginales et immobilisé celui-ci par une pince de Museux, on procède à une détersion à sec, puis avec précaution à un écouvillonnage intra-utérin. L'écouvillon aussitôt retiré servit à ensemer divers milieux solides et liquides (gélose-sérum, bouillon-ascite, gélose Veillon).

Les résultats des cultures furent les suivants :

1° Germes buccaux : Trois sortes de colonies (staphylocoque doré, colibacille et streptocoque). Ces trois germes furent identifiés par les procédés habituels.

2° Germes utérins : Milieux solides : nombreuses colonies de streptocoques à l'exclusion de tout autre milieu liquide : streptocoque à l'état pur. Ce streptocoque présentait d'emblée des propriétés hémolytiques.

3° Une hémoculture, pratiquée en même temps, demeura stérile.

Par conséquent, mise en évidence d'un streptocoque utérin, paraissant vivre isolément, et d'un streptocoque buccal, associé à d'autres germes.

Il devenait, dès lors, intéressant de les comparer, sans se faire d'ailleurs beaucoup d'illusion sur la précarité de telles recherches. De toutes les épreuves proposées, action sur les sucres, pouvoir hémolytique, vaccination des milieux, taux d'acidité d'arrêt, étude de l'agglutination, la dernière seule fut retenue. A noter toutefois que le taux d'acidité d'arrêt était aussi élevé pour l'un et l'autre streptocoques (pH : 3,2 et 3,4). Or, pour Tissier, ce taux serait plus bas pour les espèces saprophytes que pour les espèces pathogènes.

La recherche du taux limite d'agglutination fut effectuée suivant la technique de Sédallian modifiée.

Agglutinations limites : du streptocoque utérin 1/1.800, du streptocoque buccal 1/1.500, d'un streptocoque témoin (infection puerpérale) 1/700.

Recherche du phénomène de Castellani douteuse : réduction au 1/10.

L'épreuve de l'agglutination semble avoir été, par conséquent, en faveur d'une parenté de races assez étroite, sinon

d'une identité complète, entre ces deux souches de streptocoques. Le fait de n'avoir employé que des émulsions chauffées met à l'abri du reproche formulé par Besredka : création, par inoculation à l'animal, d'une race nouvelle, toujours la même, quelle que soit son origine.

M. Lantuéjoul et Dechaume font remarquer à la fin de cette observation qu'il faut être très prudent dans l'interprétation de ces faits, car il est impossible actuellement d'apporter la preuve scientifique de l'origine bucco-dentaire de l'infection ; néanmoins il est logique de penser que le premier foyer microbien est à l'origine du second.

Remarquons enfin que la bouche de cette patiente paraissait saine ; le capuchon de la dent de sagesse n'était pas douloureux ; et cependant l'examen bactériologique montra qu'il se trouvait du streptocoque à ce niveau. Insistons donc encore sur ce point : la plupart du temps, ce sont moins les caries que les lésions gingivales, torpides cliniquement et trop souvent négligées par les dentistes, qui sont en cause.

Phlébites.

La stomatologie a déjà eu l'occasion d'intervenir dans le débat soulevé au sujet de la pathogénie de cette affection et la littérature médicale renferme de nombreuses observations de phlébites d'origine dentaire.

Le rôle de la septicité buccale ne saurait qu'être minime en ce qui concerne l'affaiblissement du terrain veineux. Notons toutefois que les vaisseaux ont pu être sensibilisés dans la période qui a précédé la grossesse par une septicémie d'origine dentaire qu'elle soit aiguë ou chronique. Nous nous attacherons donc plus particulièrement au rôle joué par

l'infection. Si nous examinons les origines possibles du microbe en cause dans les phlébites (le streptocoque dans la plupart des cas) nous les trouvons au nombre de trois : une infection utérine au cours de l'accouchement (et nous avons vu combien la septicité bucco-dentaire, celle de la parturiente aussi bien que celle des opérateurs, était susceptible de la favoriser), une affection cutanée proche (nous ne rappellerons que pour mémoire les affections cutanées streptococciques d'origine dentaire) et, enfin, une origine métastatique. Le microbe véhiculé dans le torrent sanguin se localise au point faible de l'organisme qui se trouve être l'endothélium veineux. Notons que M. J.-L. Faure attirait déjà en 1919, l'attention du chirurgien sur l'extrême fréquence des phlébites post-opératoires, qui survenaient lorsque l'intervention avait eu lieu en période d'épidémie de grippe.

On connaît par ailleurs, l'affinité du streptocoque pour l'endoveine. C'est encore là une raison de supprimer tous les points de l'organisme qui sont susceptibles de servir de foyers d'infection. Il convient donc de veiller, entre autres, à la désinfection complète du naso-pharynx et de la cavité buccale.

La clinique montre du reste combien ce danger est réel. Danfort rapporte un cas de phlébite qui survint après un accouchement normal et rapide, au cours duquel il n'avait été pratiqué aucun examen interne. On constata que l'infection était d'origine hématogène et l'on vit qu'elle provenait d'une dent ayant présenté une périapexite au moment du travail.

L'observation de Dufougeré se rapporte à une femme, qui, à la suite d'une pyorrhée généralisée, mourut de septicémie ayant déterminé une myocardite, une pleurésie purulente et une phlébite.

Nous terminerons ce chapitre par une remarque que fait

M. Sédallian, dans son beau travail sur le streptocoque hémolytique. « Bien souvent, des localisations que l'on croit déterminées par une infection qui s'est étendue localement, semblent n'être qu'une conséquence de la phase sanguine de la streptococcie ». Et, entre autres observations lui ayant suggéré cette hypothèse, il rapporte celle d'une phlegmatia survenue à la suite d'une septicémie constatée par hémoculture.

C'est assez dire, que, dans ce domaine encore, la stomatologie peut prétendre jouer un rôle prophylactique.

Chirurgie buccale et grossesse.

Les dangers encourus par la femme enceinte et le fœtus, du fait de la septicité bucco-dentaire étant établis, il nous reste à envisager la possibilité de l'intervention stomatologique. Autrement dit, les risques de la thérapeutique ne sont-ils pas supérieurs à ceux que font redouter les foyers d'infection ?

Nous nous heurtons ici, en effet, à un préjugé tenace, très largement répandu dans la clientèle et même dans les milieux dentaires et médicaux. On est frappé dans les consultations, de la résistance qu'offrent les patientes à subir un examen stomatologique, du fait de leur état. Nombreux sont, d'autre part, les accoucheurs qui se plaignent des objections que soulèvent fréquemment certains dentistes à qui ils ont envoyé une patiente en vue d'une mise de bouche en état.

L'historique de la question nous fait assister à l'évolution intéressante des idées soutenues à ce sujet. L'abstention systématique soutenue surtout par Fauchard, se voit d'abord battre en brèche par Port qui fait quelques réserves. Christ, après de longues études à ce sujet, ne voit de contre indication ni dans la nature de l'intervention, ni dans l'époque de la grossesse.

Ces faits connus des stomatologistes, furent confirmés par toute une série d'auteurs et, tout dernièrement, par MM. Rivière et Martinaud, de Bordeaux.

Nous nous proposons tout d'abord de réfuter les argu-

ments des non interventionnistes, puis de fixer la conduite du stomatologiste dans les principaux cas qui peuvent se présenter à lui.

Les reproches formulés au sujet de tout acte opératoire buccal chez une femme enceinte sont les suivants : danger de choc susceptible d'entraîner l'avortement ; état psychique de la patiente et, enfin, considérations sur l'anesthésie.

Le choc opératoire qui, du reste, est presque nul dans toutes les interventions buccales, ne saurait provoquer l'avortement. Il n'y a, en effet, aucune raison de refuser au stomatologiste le droit d'intervenir alors que tout le monde s'accorde à regarder les opérations abdominales comme étant sans danger pour la grossesse quel que soit son mois. Nous ne connaissons d'ailleurs pas d'observation qui infirme cette façon de voir. Pour notre part, ayant pratiqué à la consultation du Dr Mahé, à Saint-Louis, pendant deux ans, des extractions à des femmes enceintes en toute période de gestation, nous n'avons jamais observé la moindre intolérance ou la moindre gêne du fait de notre intervention.

Notons cependant que si l'on se trouvait avoir des raisons particulières de redouter un accident, l'attention du praticien devrait être surtout attirée sur les trois premiers mois et les deux dernières semaines de la grossesse.

Pour ce qui est de l'état psychique de la patiente, il est certain que nous nous trouvons en présence d'une femme dont l'émotivité est particulièrement grande. Il est donc évident que l'on ne saurait agir envers elle avec trop de douceur et de patience, mais ce sont là deux des qualités primordiales du praticien de l'art dentaire.

Inutile de spécifier que l'on aura soin d'ajourner l'intervention si la peur de la patiente est telle qu'elle fasse craindre l'imminence d'une syncope blanche. Ce sont là des cas d'une

si exceptionnelle rareté qu'un stomatologiste n'aura peut-être jamais l'occasion de les rencontrer au cours de sa carrière.

Reste l'anesthésie. Eliminons tout d'abord l'anesthésie générale qui nous semble n'avoir aucune indication spéciale. Bien au contraire, les violents efforts qui surviennent au moment des vomissements du réveil nous paraissent particulièrement redoutables. Il ne nous appartient pas ici de discuter des avantages respectifs des anesthésies régionale ou locale. Notons cependant qu'au service de Stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis, l'anesthésie locale est employée dans tous les cas, sans que l'on n'ait jamais eu aucun accident à lui reprocher. La substance anesthésique employée n'a pour nous aucune importance et il nous semble préférable de ne pas faire souffrir la patiente en employant une solution à 2% plutôt que d'utiliser des solutions plus faibles, si l'on n'en possède pas une pratique courante.

Nous arrivons alors à la question de l'adrénaline, seul point sur lequel MM. Rivière et Martinaud hésitent à se prononcer. Ils rappellent à ce sujet les expériences de Neu, d'Arkow et de Schafer montrant l'action de doses infimes d'adrénaline sur le muscle utérin (sans que d'ailleurs de pareilles doses puissent provoquer une interruption de la grossesse). Notons tout d'abord que cela ne saurait constituer de contre-indication à l'intervention, puisqu'il est facile au stomatologiste d'utiliser des ampoules ne renfermant pas d'adrénaline. Toutefois, c'est là une précaution qui nous paraît superflue.

En effet, les expériences rapportées plus haut se rapportent à des doses relativement élevées pour le stomatologiste. Neu parle d'injections intramusculaires de 0 gr. 001 à 0 gr. 003. Or les ampoules utilisées pour les extractions renferment en moyenne 2 cc. d'anesthésique auquel on ajoute une goutte

d'adrénaline. Un centimètre cube d'anesthésique en injection sous-cutanée étant d'ordinaire suffisant (soit 0 gr. 000025 d'adrénaline) nous voyons que nous sommes loin des doses citées précédemment.

Du reste, si l'on compare ces chiffres aux quantités relativement considérables que l'on fait absorber aux femmes enceintes dans les cas de vomissements de la grossesse, nous voyons que le danger est nul.

La question hypertension ne nous semble pas devoir entrer en ligne de compte puisque la femme enceinte est en général une hypotendue. D'autre part, M. Dorlencourt a montré au Premier Congrès français de Thérapeutique que l'adrénaline perdait son pouvoir hypertensif lorsqu'elle était administrée par voie sous-cutanée.

Il nous est donc permis d'être formel au point de vue médico-légal.

Le praticien de l'art dentaire qui, intervenant chez une femme enceinte, verrait coïncider ses soins avec un avortement ne saurait en aucune manière être tenu pour responsable de cet accident. Sa conscience, pas plus du reste que la patiente, ne se verraient le droit de lui reprocher son intervention.

C'est là une idée que l'on aura du mal à faire accepter du public, aussi nous semble-t-il important que les accoucheurs et les stomatologistes unissent leurs efforts pour la faire triompher.

Qu'il nous soit permis pour terminer ce chapitre de citer l'observation suivante que le Dr Humbert nous rapportait au cours d'une conversation et qui, pour être négative, n'en est pas moins édifiante.

Une patiente enceinte de quatre mois environ vint consulter pour une périapexite due à l'infection d'une seconde molaire inférieure gauche. L'intervention d'urgence fut déci-

dée et rendez-vous pris pour le lendemain matin, car le jour même la patiente se sentait trop déprimée. Elle ne vint pas à son rendez-vous et le Dr Humbert apprit qu'elle avait fait ce jour là une fausse couche. Revue quelque temps après, l'abcès buccal s'étant heureusement ouvert spontanément, la malade déclara très nettement que, s'il y avait eu intervention, elle n'aurait pas manqué d'accuser le stomalogiste de son avortement, d'accord avec toute sa famille et son voisinage.

Ajoutons que cette observation serait peut-être alors venue servir d'argument aux non-interventionnistes. N'oublions donc pas que, pour être rares, les coïncidences n'en existent pas moins, et que la juxtaposition dans le temps de deux faits n'est pas suffisante pour y voir relation de cause à effet.

Conduite du praticien

Il est bien entendu que nous n'entendons pas établir ici de règles fixes, mais que notre seule intention a été de suggérer au praticien quelques idées générales dont il pourra s'inspirer en présence de cas particuliers.

Notons, tout d'abord, qu'en clientèle, il s'agit presque toujours de lésions minimales. Elles n'en sont du reste pas moins redoutables, mais il est d'ordinaire facile d'y remédier en une ou deux séances. Dans les consultations hospitalières, les soins nécessités sont souvent plus longs, mais il est rare que l'on ne puisse atteindre le résultat recherché en 5 ou 6 séances.

Un nettoyage de bouche comportera suivant les cas, deux ou trois séances, au cours desquelles le détartrage sera précédé d'une légère application de liquide de BONAIN et suivi d'un attouchement des gencives à l'acide trichloracétique.

En ce qui concerne les caries, on aura soin de ne pas oublier qu'une femme enceinte est sans doute en état de décalcification dentaire constante. Nous voyons là, une indication aux obturations provisoires qui, outre une économie de temps, offrent plus de facilité pour les soins définitifs qui seront entrepris après l'accouchement.

Nous avons vu le danger qui résultait des racines non traitées. Les extractions en seront donc pratiquées le plus tôt possible ; si plusieurs sont nécessaires, on aura soin de ne pas

en faire plus d'une au cours de la première séance. Cela permettra de s'assurer que la patiente ne présente pas de troubles de la coagulation, fait assez fréquent chez la femme enceinte.

Pour ce qui est de la chirurgie buccale, elle comporte absolument les mêmes indications que lorsqu'elle s'adresse à des patientes ordinaires. Toutefois en ce qui concerne les interventions « de luxe » (dents incluses ou kyste non suppuré n'occasionnant pas de troubles cliniques), il nous semble plus sage de surseoir à l'opération afin d'éviter à la patiente des déplacements inutiles.

Notons pour terminer les avantages de la prothèse mobile (au besoin remplacée par une prothèse fixe après l'accouchement), séances moins longues, moins nombreuses, travail beaucoup plus supportable pour la patiente et plus facile pour le praticien.

Conclusions

Chez la femme enceinte :

1° La grossesse peut être un facteur d'aggravation d'une septicité bucco-dentaire préexistante.

2° Comme tout foyer d'infection, les lésions buccales peuvent être le point de départ de complications pour la mère et pour le fœtus, soit au cours de la grossesse, soit surtout après l'accouchement (infection puerpérale).

3° L'infection emprunte alors parfois la voie sanguine ; plus fréquemment la contamination semble se faire par l'intermédiaire des mains de la femme enceinte.

4° On doit donc traiter les lésions buccales qui constituent le foyer d'infection le plus fréquemment rencontré chez la femme enceinte. La grossesse ne contre-indique en rien l'intervention du stomatologiste.

Pour l'accoucheur :

1° L'accoucheur doit s'assurer, par la collaboration d'un praticien de l'art dentaire, que la bouche de la femme enceinte ne présente pas de foyer d'infection.

Il usera au besoin de son autorité pour vaincre la résistance possible de dentistes redoutant les responsabilités qu'ils croiraient encourir.

Il rassurera la femme enceinte qui, par suite d'un préjugé largement répandu dans tous les milieux, s'opposerait à

un traitement stomatologique. Il nous paraît, dans ce but, très utile de faire apposer dans toutes les consultations de maternité, un avis conçu dans cet esprit :

Les soins de bouche sont indispensables à la femme enceinte. Ils ne comportent aucun risque. Ils éviteront de gros dangers à la mère et à l'enfant.

2^o Les gouttelettes de Flügge, servant de véhicule à des streptocoques d'origine buccale ou pharyngée, peuvent être la cause de cas isolés ou d'épidémies de fièvre puerpérale,

— l'accoucheur et la sage-femme ont donc le devoir de faire traiter toutes les lésions dentaires et gingivales qu'ils pourraient présenter. Ils doivent exiger une semblable mesure de leurs aides ;

— une aseptie absolue du milieu buccal et rhino-pharyngé étant impossible à obtenir, il est nécessaire que le port du masque se généralise dans les salles de travail.

Pour le praticien de l'art dentaire :

1^o Il doit supprimer toute lésion buccale pouvant être à l'origine d'infection chez la femme enceinte. Son attention se portera tout particulièrement sur les lésions gingivales parfois difficiles à dépister.

2^o Il ne peut encourir de responsabilité du fait du traitement d'une femme enceinte. Il paraîtrait illogique de le rendre responsable d'un avortement ou de tout autre accident coïncidant avec son intervention.

Bibliographie

- ANTONIOTTI. — Estudio experimental sobre la infeccion focal (*Da Prensa Medica Argentina*, 10 avril 1931).
- ARLOIN, DUFOUR et LANGERON. — Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques (*Congrès de médecine*, 1927).
- P. BALLARD et R. BOURSIER. — Sur trois cas d'infection puerpérale, dont deux mortels, résultant d'un abcès amygdalien de la personne ayant pratiqué l'accouchement (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 17 juin 1934).
- BRINDEAU et CHOMÉ. — Pratique de l'art des accouchements (1927).
- BRINDEAU et VOURKIEVITCH. — Sur la présence du streptocoque dans le pharynx des femmes récemment accouchées (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, mars et mai 1931).
- BROOKE BLAND et A. FIRST. — Rapports de la Stomatologie et de l'Obstétrique (*Congrès de Venise 1930 — Stomatologia*, avril 1932).
- CASTEX (M.-R.). — Infection focale (*Revista odontologica* n° 9, 1930).
- COLEBROOK (L.). — La fièvre puerpérale : son étiologie et sa prophylaxie (*British medical Journal*, 21 octobre 1933).
- COURMONT (P.) et SEDALLIAN. — Épidémie de fièvre puerpérale causée par un même streptocoque d'origine pharyngée (*Presse médicale*, 9 septembre 1931).
- DELATER (G.) et HUGEL (R.). — Le mécanisme pathogénique des phlébites (*Presse médicale*, 29 mars 1930).
- DORLENCOURT. — Rapport (*Premier congrès français de thérapeutique*).
- DUBRIZAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.

- DURAND et SEDALLIAN. — Streptocoque et infection puerpérale (*Compte rendu de la société de Biologie*, 24 mars 1923).
- FARGIN-FAYOLLE et THIBAUT. — La septicité bucco-dentaire (1930).
- GARFIELD RICKERT. — Infections métastatiques d'origine dentaire (*Congrès dentaire international*, août 1931).
- GASTINEL et REILLY. — Rapport (*Congrès français de médecine de Paris*, 1927).
- GAYET (G.). — Infections urinaires d'origine dentaire (20 mars 1932).
- GENNES (L. de). — Les septicémies streptococciques (*Progrès médical*, 4 novembre 1933).
- GRANDCLAUDE et LESBRE. — Les agents microbiens de l'infection dentaire chronique (*Revue odontologique*, juin 1928).
- GRANDCLAUDE et LESBRE. — Les modalités bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire chronique (*Revue odontologique*, juillet 1931).
- GRANDCLAUDE et LESBRE. — L'infection focale dentaire et ses retentissements organiques (*Presse médicale*, 26 septembre 1931).
- KING (W.). — Infections rhino-pharyngées et fièvre puerpérale (*The british medical Journal*, mars 1930).
- LANTUÉJOUL et DECHAUME. — Les infections d'origine bucco-dentaire au cours de la puerpéralité (*Presse médicale*, 6 mai 1933).
- LAVERGNE (DE). — Rapport au Congrès français de médecine de Paris, 1927.
- LEBEDINSKY. — La pyopragie, ses complications et son traitement (*Revue de Stomatologie*, 1925, p. 326).
- LEMELAND. — Il faut soigner les dents des femmes enceintes (*Revue médicale française*, octobre 1932).
- LESBRE (Ph.). — Du pouvoir pathogène de certains saprophytes bucco-dentaires (*Revue de Pathologie comparée et d'hygiène générale*, août 1933).
- LESBRE et GRANDCLAUDE. — Les infections strepto-entéro-cocciques des dents et leurs métastases viscérales (*Presse médicale*, 11 septembre 1926).
- LEVI (P.). — Septicité bucco-dentaire des mères nourrices et les hypotrophies des nourrissons (*Thèse*, Lyon 1921).

- MOUTIER (F.). — Stomatologie et gastro-entérologie (*Revue de Stomatologie*, octobre 1926).
- MOUTIER, R. VINCENT et PRETET. — Étude et traitement de l'infection bactérienne gingivale (*Presse médicale*, 23 juillet 1932).
- NOGUÉ (R.). — Les infections dentaires et les travaux de Weston A. Price (*Revue de Stomatologie*, octobre 1926).
- PHELIP (L.). — Infections urinaires d'origine dentaire. (*Communication 33^e congrès français d'urologie*).
- POPOVICIU (A.-M.). — Les altérations bucco-dentaires en rapport avec les différents états physio-pathologiques de la femme (*Clujul medical*, août 1931).
- RIVIÈRE et MARTINAUD. — Le chirurgien-dentiste peut-il et doit-il intervenir chez la femme enceinte (*Semaine dentaire*, 6 décembre 1931).
- ROSENOW (C.). — Oral infection as cause of septicemic disease (*Med. Journ. and Record*, mai 1926).
- ROUSLACROIX (A.). — Complications locales et générales des granulomes dentaires (*Sud médical et chirurgical*, 15 janvier 1933).
- ROUSSEAU-DECELLE. — Infection générale et cavité buccale (*Semaine dentaire*, 1927).
- RUPPE (C.). — Acquisitions récentes sur les infections focales d'origine bucco-dentaire (*Presse médicale*, 6 février 1932).
- SEDALLIAN (P.). — Etude sur les streptocoques pathogènes pour l'homme (*Thèse*, Lyon 1925).
- TALBOT. — The relation of Dentistry, to Obstetrics (*The Journal of the american dental association*, mars 1925).
- TELLIER (J.). — Grossesse et affections gingivo-dentaires (*Premier Congrès français de Stomatologie*, 1907).
- TELLIER (J.). — De la gastrite septique d'origine buccale (*Congrès français de Stomatologie*, 1907).
- TELLIER (J.). — La septicité bucco-dentaire des mères-nourrices et les troubles digestifs des nourrissons (Lyon 1920).
- TELLIER (J.). — La septicité bucco-dentaire et les maladies générales (*Lyon médical*, octobre 1929).
- THIBAULT et RAISON. — Septicémies d'origine bucco-dentaire (6^e Congrès de Stomatologie — *Revue de Stomatologie*, septembre 1929).
- TIFFENEAU. — De l'adrénaline et de ses succédanés (*Rapport au premier Congrès français de thérapeutique*, octobre 1933).

- VIGNES. — Avortement habituel (*Année obstétricale*, 1926).
- VIGNES. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* (14 juin 1926).
- WEINTRAUB (F.). — Considerations of Interest to the Dentist and obstetrician (*The Dental Cosmos*, juillet 1932).
- WORMS (G.) et J. L. LE MÉE. — Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires (*Rapport XLIII^e Congrès français d'O.R.L.*, octobre 1930).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
HISTORIQUE.....	14
FOYERS D'INFECTION.....	15
Carie.....	16
Périapexite.....	17
Lésions gingivales.....	18
Bactériologie.....	19
PATHOGÉNIE.....	21
Pyophagie.....	21
Voie lymphatique.....	21
Voie sanguine.....	21
Contamination manuelle.....	24
Contamination hétérogène.....	25
ETUDE CLINIQUE.....	37
I. — RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL DE LA FEMME ENCEINTE.	
Troubles digestifs.....	37
Anémie.....	38
Toxémie.....	39
Vomissements de la grossesse.....	40
Troubles rénaux.....	41
II. = RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR LA MARCHÉ NORMALE DE LA GRAVIDITÉ.	
Ovulation-Fécondité.....	44
Avortement.....	45
III. — RÉPERCUSSIONS DE LA SEPTICITÉ BUCCALE SUR LES SUITES DE COUCHE.	
Fièvre puerpérale.....	52
Phlébites.....	56
CHIRURGIE BUCCALE ET GROSSESSE.....	59
CONDUITE DU PRATICIEN.....	65
CONCLUSIONS.....	67

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur
de l'Académie de Paris,
CHARLETY

Vu, le Président
Brin de a

Vu : le doyen,
A. ROUSSY

